

Tratamiento del hemangioma infantil con propranolol

Treatment of infantile hemangioma with propranolol

Sr. Editor:

Los hemangiomas son los tumores benignos más frecuentes en la infancia y consisten en neoplasias vasculares benignas que crecen por una rápida proliferación celular a partir de las células endoteliales. Aproximadamente un 20% de los hemangiomas en el transcurso de su fase de crecimiento dan lugar a complicaciones, generalmente locales, con compresión u obstrucción de estructuras importantes (ojos, nariz, boca, vía aérea, etc.). Los hemangiomas faciales de gran tamaño pueden distorsionar las estructuras anatómicas irrevocablemente. Aunque es conocida la reducción progresiva a partir de una determinada edad, es necesario tratar los hemangiomas de gran tamaño o con complicaciones¹.

El tratamiento de elección clásico de los angiomas infantiles son los glucocorticoides². En los últimos años, han surgido algunas publicaciones, aunque escasas por el momento, sobre el uso del propranolol en el tratamiento del hemangioma infantil³⁻⁵.

Aunque no hay importantes ensayos clínicos publicados con respecto al tratamiento del hemangioma infantil con propranolol, sí hay publicadas pequeñas series de niños en los que se refleja un buen resultado con este tratamiento^{4,5}. A la espera de más estudios en un futuro inmediato, presentamos un caso de hemangioma facial tratado con este fármaco.

El caso que nos ocupa corresponde a una lactante mujer de 3 meses, sin antecedentes de interés, que presentaba un hemangioma facial bilateral de gran tamaño, localizado en la abertura palpebral izquierda, la región derecha del labio inferior, el cuello y la región retroauricular (figs. 1 y 2). El resto de la exploración física por órganos y aparatos era normal.

Se descartaron anomalías extracutáneas, por este motivo se realizó un estudio ecocardiográfico y una angioresonancia

magnética cerebral, que fueron normales, y tras valorarla el servicio de oftalmología se concluyó que no había enfermedad ocular asociada en ese momento.



Figura 3 Diez días de tratamiento con propranolol. Edad: 3 meses.



Figura 4 Tres meses de tratamiento con propranolol. Edad: 6 meses.



Figuras 1 y 2 Previo al tratamiento. Edad: 3 meses.



Figuras 5 y 6 Fin del tratamiento. Edad: 12 meses.

Tras los estudios complementarios, se decidió iniciar tratamiento farmacológico debido al tamaño del hemangioma y a la aparición de complicaciones, como disminución de la abertura palpebral. Se planteó a la familia el tratamiento con glucocorticoides o con propranolol, se explicaron los riesgos y la experiencia previa de las 2 alternativas, y se decidió iniciar tratamiento con propranolol, previo consentimiento informado y a través del mecanismo legal de uso compasivo.

Se comenzó el tratamiento con propranolol con una dosis inicial de 0,5 mg/kg/día y progresivamente se alcanzó la dosis de mantenimiento de 2 mg/kg/día. Durante el tratamiento se realizaron controles periódicos de glucemia capilar y de presión arterial. Se mantuvo el tratamiento sin complicaciones hasta los 11 meses de vida.

A los 3 días de empezar el tratamiento se observó una disminución en la intensidad del color rojo vinoso del hemangioma (fig. 3) y progresivamente fue disminuyendo el tamaño del hemangioma hasta conseguir un buen resultado (figs. 4, 5 y 6).

En el momento de envío de este caso, la niña tiene 13 meses, está asintomática y no se ha producido un aumento del hemangioma con la retirada del propranolol.

Aunque es rara la asociación, previo al tratamiento es importante descartar en hemangiomas faciales de gran tamaño, que afectan a más de un dermatoma, anomalías extracutáneas características del síndrome de Sturge-Weber⁶ (angiomas leptomenígeos y calcificaciones cerebrales) y del síndrome PHACE⁷ (que incluye anomalías de la fosa posterior, hemangiomas, anomalías arteriales, defectos cardíacos y anomalías oculares).

Sabemos que la mayoría de los hemangiomas son tumores que regresan espontáneamente. En algunas ocasiones, es necesario tratamiento porque pueden obstruir la abertura ocular y producir ambliopía.

Los glucocorticoides en el tratamiento del hemangioma se utilizan en dosis altas (prednisona o pregnisolona de 2 a 4 mg/kg/día), durante un tiempo prolongado (de 5 a 8 semanas), por lo que es necesario un control periódico tanto clínico como analítico, y es muy probable que puedan aparecer efectos secundarios como hirsutismo, alteraciones gastrointestinales, alteraciones del sueño, baja talla, aspecto cushingoide y miocardiopatía hipertrófica. Estos

efectos secundarios suelen ser reversibles con la retirada de los corticoides^{2,8}.

Por otro lado, el tratamiento con propranolol tampoco está exento de riesgos, es imprescindible que no haya enfermedad bronquial y previamente es conveniente realizar un estudio cardiológico. Además, durante el tratamiento con propranolol es importante controlar de forma periódica la glucemia y la presión arterial⁹.

Otros tratamientos, como el láser de colorante pulsado, los glucocorticoides intralesionales y cremas como el imiquimod al 5%, se usan en hemangiomas superficiales ulcerados o en secuelas tras la involución, como telangiectasias^{10,11}.

En nuestro caso, la respuesta del hemangioma al tratamiento con propranolol fue satisfactoria, sin complicaciones asociadas, aunque entendemos que son necesarios estudios amplios, amparados en la medicina basada en la evidencia, para optar por el tratamiento con propranolol y conocer mejor el mecanismo de actuación y la dosificación.

El propranolol puede ser una alternativa más segura que los corticoides en el tratamiento de los hemangiomas infantiles de gran tamaño con o sin complicaciones.

Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento por la colaboración y asesoramiento al Dr. Juan Carlos López Gutiérrez, de la Unidad de Anomalías Vasculares Congénitas del Hospital Universitario La Paz (Madrid), a la Dra. Ángela Hernández Martín, de la Unidad de Dermatología Pediátrica del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid), y al Dr. Isidoro Cortell Aznar, de la Unidad de Neumología Pediátrica del Hospital Infantil Universitario La Fe (Valencia).

Bibliografía

1. Frieden IJ, Haggstrom AN, Drolet BA, Mancini AJ, Friedlander SF, Boon L. Infantile hemangiomas: Current knowledge, future directions: Proceedings of a research workshop on infantile hemangiomas, 2005 Apr 7-9; Bethesda, Maryland, EE. UU. *Pediatr Dermatol.* 2005;22:383-406.
2. Bennett ML, Fleischer Jr AB, Chamlin SL, Frieden IJ. Oral corticosteroid use is effective for cutaneous hemangiomas: An evidence-based evaluation. *Arch Dermatol.* 2001;137:1208-13.

3. Sommers Smith SK, Smith DM. Beta blockade induces apoptosis in cultured capillary endothelial cells. *In Vitro Cell Dev Biol Anim.* 2002;38:298–304.
 4. Léauté-Labrèze C, Dumas de la Roque E, Hubiche T, Boralevi F, Thambo JB, Taïeb A. Propranolol for severe hemangiomas of infancy. *N Engl J Med.* 2008;358:2649–51.
 5. Léauté-Labrèze C, Taïeb A. Efficacy of beta-blockers in infantile capillary haemangiomas: The physiopathological significance and therapeutic consequences. *Ann Dermatol Venereol.* 2008;135:860–2.
 6. Morrow SA, Campbell C. The cutaneous angioma of Sturge-Weber syndrome. *Can J Neurol Sci.* 2008;35:506–7.
 7. Stuttered C, Carse E, Sehgal A. PHACE syndrome: A constellation of cerebral and cardiovascular anomalies and segmental haemangiomas. *J Paediatr Child Health.* 2009;45:72–3.
 8. Bennet ML, Fleischer AB, Chamlin SL, Frieden IJ. Oral corticosteroid use is effective for cutaneous hemangiomas: An evidence-based evaluation. *Arch Dermatol.* 2001;137:1208–13.
 9. Siegfried EC, Keenan WJ, Al-Jureidini S. More on propranolol for hemangiomas of infancy. *N Engl J Med.* 2008;359:2846.
 10. Kim HJ, Colombo M, Frieden IJ. Ulcerated hemangiomas: Clinical characteristics and response to therapy. *J Am Acad Dermatol.* 2001;1:962–72.
 11. Martínez MI, Sánchez-Carpintero I, North PE, Mihm Jr MC. Infantile hemangioma: Clinical resolution with 5% imiquimod cream. *Arch dermatol.* 2002;138:881–4.
- R. Sánchez Pérez*, P. Cortes Mora, J.D. González Rodríguez, F. Rodríguez Sánchez y J. De la Peña de Torres

Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Santa María del Rosell, Cartagena, España

*Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: raulcaravaca@hotmail.com
 (R. Sánchez Pérez).

doi:10.1016/j.anpedi.2009.05.019

Leishmaniasis cutánea

Cutaneous leishmaniasis

Sr. Editor:

La leishmaniasis es una enfermedad infecciosa, granulomatosa crónica, endémica, causada por distintas especies del parásito *Leishmania*. Afecta a 88 países y su incidencia está aumentando. Puede presentarse a cualquier edad, y un 10% de los casos se describe en niños menores de 12 años. El protozoo se transmite mediante la picadura de un insecto y da lugar a distintas formas clínicas dependiendo del género de *Leishmania* y de la respuesta inmunitaria del individuo:

forma visceral, mucocutánea o cutánea. En la población pediátrica, la forma clínica más frecuente es la cutánea.

Se presenta el caso de un niño de 3 años y 9 meses de edad, procedente de Lima, Perú, que consulta por presentar una lesión costrosa en la mejilla derecha (1 × 1,5 cm), caliente e indurada, con bordes sobreelevados y eritematosos y otra lesión de características similares pero de menor tamaño (0,5 × 0,8 cm) en la región temporal derecha (fig. 1). Se realiza raspado de los bordes de la lesión y se recoge una muestra para frotis y cultivo en medio Novy-MacNeal-Nicolle. El resultado de estas técnicas muestra amastigotes de *Leishmania* en el frotis y promastigotes en el cultivo. Ante la procedencia geográfica del paciente, se asume que la etiología más probable de la lesión es *Leishmania (Vianna) peruviana* (no se disponía de la técnica de reacción en cadena de la polimerasa en el momento del diagnóstico). El resto de pruebas complementarias fue



Figura 1 Lesión costrosa en la mejilla derecha, caliente e indurada, con bordes eritematosos.



Figura 2 Lesión cutánea en resolución tras tratamiento con anfotericina B.